

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 27

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ALBUMINURIE

Au cours de la Gale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph MATHIEU

Né à Anglards (Cantal) le 27 Mars 1880



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

1907

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE L'ALBUMINURIE

Au cours de la Gale

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 27

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ALBUMINURIE

Au cours de la Gale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Novembre 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph MATHIEU

Né à Anglards (Cantal) le 27 Mars 1880



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE

M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE. TEISSIER. BARD. PONCET. JABOULAY.
Cliniques chirurgicales	FABRE. ROLI ET. NICOLAS. PIERRET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	WEILL.
Clinique ophthalmologique	POLLOSSON (A.).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	X...
Clinique des maladies mentales.	HUGOUNENQ.
Clinique des maladies des enfants.	CAZENEUVE.
Clinique des maladies des femmes	BEAUVISAGE.
Physique médicale.	GUIART.
Chimie médicale et pharmaceutique	TESFUT.
Chimie organique et Toxicologie	RENAUT.
Matière médicale et Botanique.	MORAT.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ROQUE.
Anatomie.	COLLET.
Anatomie générale et Histologie	TRIPPIER.
Physiologie.	POLLOSSON (M.).
Pathologie interne.	ARLOING.
Pathologie et Thérapeutique générales.	LACASSAGNE.
Anatomie pathologique	COURMONT (J.).
Médecine opératoire.	PIC.
Médecine expérimentale et comparée	FLORENCE.
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique.	
Pharmacologie.	

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe.	MM. VALLAS,	agrégé
Maladies des voies urinaires.	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL. PAVIOT. SAMBUC. COURMONT (P.) CHATIN. VILLARD.	MM. TIXIER. REGAUD. ANCEL. COMMANDEUR. GAYET. MOREL.	MM. NEVEU-LEMAIRE. PATEL. J. LÉPINE. LESIEUR. MARTIN (Et.).	MM. CAVAILLON. LAROYENNE. VORON. NOGIER. MOUNEYRAT.
--	--	--	--

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, *Président* ; MOREL, *Assesseur* ;
MM. LESIEUR et NOGIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR NICOLAS

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Il semble que tout ait été dit sur la gale. Cette affection est en effet connue depuis la plus haute antiquité. Les Grecs, les Romains, les Arabes la connaissaient, ces derniers non seulement connaissaient cette maladie, mais encore ils connaissaient son caractère infectieux et l'efficacité particulière du soufre dans son traitement.

Longtemps on disputa sur sa véritable nature. Avenzoar, Guy de Chauliac, Ambroise Paré, Rabelais admettaient déjà sa nature parasitaire, mais le parasite était à cette époque fortement mis en doute. La plupart des auteurs croyaient que la gale était due à une perversion des humeurs. Cosimo Bonomo, en

1687, décrit l'acare et prescrivit même le traitement par des pommades mercurielles et soufrées. — Sa prétendue découverte ne mit pas fin aux discussions. Enfin, en 1834, Renucci, étudiant encore alors dans le service d'Alibert, retira l'acare des sillons au moyen d'une épingle. Chacun put le voir et l'examiner et dès lors la nature parasitaire de la gale s'imposa.

Aussi n'est-ce pas de la gale elle-même, ni de son traitement que nous voulons parler, mais d'une de ses complications plus rare, à la vérité, que l'eczéma ou que l'ecthyma, mais néanmoins fort intéressante : nous voulons parler de l'albuminerie survenant au cours de la gale.

C'est là un bel exemple de l'influence des maladies cutanées sur les organes internes et en particulier sur le rein. Cette influence n'a jamais été contestée et, à la vérité, elle n'est guère contestable. Chacun sait le rôle qu'un simple refroidissement peut jouer dans la genèse d'une néphrite ou d'une affection pulmonaire. Si donc un simple refroidissement peut avoir un retentissement néfaste sur les organes internes, que dire de l'influence des lésions cutanées ?

On peut discuter sur leur véritable mode d'action, mais il n'est pas niable que par leur étendue, leur intensité, leur durée, elles peuvent faire naître de sérieuses complications du côté de l'appareil uropoïétique.

Malgré cette connaissance de la grande loi des relations fonctionnelles qui existent entre l'enveloppe

cutanée et les organes internes, les auteurs semblent s'être fort peu préoccupés de tirer une conclusion des quelques faits de ce genre que le hasard de la clinique a mis sous leurs yeux. — Il faut arriver à nos jours pour trouver quelques études sérieuses sur la question, — et encore à l'heure actuelle cette notion d'albuminurie dans la gale est-elle fort peu connue. Elle est très diversement interprétée. Les uns nient tout rapport de cause à effet et en font une albuminurie physiologique. D'autres incriminent le traitement, une affection antérieure, ou une infection surajoutée. — Ces diverses assertions méritent la peine d'être discutées.

Aussi, sous l'inspiration de M. Jambon, chef de clinique dermatologique, avons-nous choisi cette question pour sujet de thèse.

Qu'il nous soit permis, avant de commencer ce travail, de lui adresser nos plus vifs remerciements. Il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils. — Il a droit à notre entière reconnaissance.

Historique

Il y a relativement peu de temps que l'on discute un peu sérieusement sur cette complication de la gale, peu fréquente nous le reconnaissons, mais qui peut dans quelques cas changer radicalement le pronostic de cette affection.

Jusqu'à l'époque actuelle, cette complication fut presque ignorée. Aussi est-ce avec grand'peine que nous avons pu glaner, dans les nombreux ouvrages traitant des affections cutanées, quelques courtes lignes se rapportant à notre sujet.

Les anciens déjà, quoique ignorant les rapports de l'œdème et de l'albuminurie, avaient subordonné les hydropisies à certaines dermatoses plus ou moins aiguës dans l'étiologie desquelles les parasites animaux jouaient le plus grand rôle.

Hippocrate, le père de la médecine, connaissait cette complication. Ainsi il raconte « qu'à Athènes un homme était affecté de prurit par tout le corps. L'affection avait beaucoup d'intensité, la peau était épaisse. Personne ne put le soulager. Il se rendit à

l'île de Mélos, là où sont les bains chauds. Il fut guéri du prurit et de l'épaisseur de la peau, mais il devint hydropique et mourut ».

Au moyen âge, nous ne trouvons pas d'exemple de gale compliquée d'albuminurie. Faut-il croire qu'à cette époque la gale était une rareté? Fournier dit, dans le Dictionnaire des Sciences médicales 1816, que les *pediculi* avaient complètement détrôné les *sarcoptes*. Panaroli partage la même opinion. Il dit que si les Capucins ne sont jamais affectés de gale, ce privilège exclusif est dû à l'insecte pédiculaire qui pululant chez la gent capucine ne permet pas à l'*acarus* de partager sa subsistance. A cette époque, les poux régnaient donc en maîtres.

Morgagni signale l'anasarque et l'hématurie à la suite d'une gale. Au commencement du XIX^e siècle, Favareille Placial, fervent adepte de la théorie des métastases, fait observer dans un petit opuscule qui intéresse, dit-il, les citoyens de toutes classes, que la gale, quoique n'étant pas généralement considérée comme une maladie fâcheuse, peut cependant dans quelques cas amener des accidents sinistres et quelquefois mortels par la métastase de l'humeur sur quelques parties du corps. — Voici quelles sont, selon lui, les principales complications :

« L'épilepsie, l'ictère, l'assoupissement léthargique, des rhumatismes, des palpitations de cœur, des crises d'estomac, des étouffements, des difficultés de respirer, l'inflammation du poumon, la phtisie, l'ophtalmie, l'hydropisie générale et partielle. »

A l'appui de ses assertions, il cite l'observation

d'un soldat dont la gale se compliqua de néphrite aiguë. Nous nous permettons de citer in extenso cette observation qui montre bien combien la théorie des métastases était en honneur à cette époque.

Sur une hydropisie après la répercussion de la gale par M. Daignan, conseiller-médecin du roi et de ses hôpitaux militaires en Flandre.

Humbert Brugiés dit Lafleur, soldat au régiment de Guienne fut infecté de gale après avoir été guéri d'une fièvre tierce ordinaire. On lui indiqua une pommade dont il se frotta une fois. La gale fut aussitôt répercutée et il devint généralement enflé. On le mit à l'usage du bol et de l'apozème psorique. Les urines coulèrent abondamment et l'enflûre diminua mais ne disparût pas entièrement. Le malade fit quelques fautes de régime. Les urines devinrent rares, peu copieuses, briquetées. L'enflûre regagna et fit des progrès rapides. On employa des pilules toniques et l'inflammation continua malgré leur effet qui ne se manifesta que par des selles. Il se fit même un épanchement considérable dans la cavité abdominale.

On suspendit les pilules toniques pour employer les fondans et les délayans. Les urines coulèrent plus facilement mais avec peu d'abondance. On reprit les pilules toniques. Le flux d'urine fut abondant pendant 3 à 4 jours. Mais tout à coup elles se supprimèrent. On fit des fomentations résolutes et on donna abondamment du petit lait altéré avec du suc de fumeterre et de cresson. Les urines reparurent.

On donna de l'eau de squine qui parût nuire. On revint aux pilules toniques qui opérèrent tout à la fois par les selles, l'urine, la sueur, les crachats. Si bien que les symptômes disparurent en même temps que l'épanchement.

- Un peu plus tard l'acare était découvert et son rôle dans la pathogénie de la gale définitivement mis en évidence. Dès lors on ne parle plus guère de répercussions.

Portal en 1824 rapporte dans son traité sur les hydropisies que certains galeux devinrent hydropiques lors des troubles révolutionnaires. Il raconte l'histoire d'une jeune fille de 18 ans et d'une femme de 40 ans qui toutes deux atteintes de gale devinrent hydropiques. Faut-il admettre que la frayeur joue un rôle dans la genèse de cette fâcheuse complication ou doit-on incriminer la gale seule ? L'auteur se contente de citer et ne fait aucun commentaire.

Rayer dans son traité des maladies du rein, 1839, croit au contraire à l'influence des maladies du rein sur la peau. De tous les organes des sens dit-il, la peau est le seul dont les fonctions soient notablement influencées par le rein ; la transpiration est toujours diminuée quelquefois abolie dans la néphrite albumineuse.

Un des faits qui montrent le mieux les rapports pathologiques de la peau et des reins, c'est sans contredit, l'influence du froid et de l'humidité dans le développement des néphrites albumineuses. Quant aux maladies de peau considérées en elles-mêmes,

comme cause de néphrite, je n'ai rien à dire de positif à cet égard. Des affections vulgaires connues en France sous le nom de dartres, la gale, peuvent parfois coïncider avec la néphrite.

Dalmas l'auteur de l'article « Reins » dans le Dictionnaire Médical 1843 est plus explicite.

On connaît dit-il, la solidarité qui unit la transpiration cutanée et la sécrétion urinaire. Si une de ces opérations est modifiée il y a altération du sang et le rein ne reste pas indifférent à ce changement.

Les auteurs du compendium rompent franchement avec les anciennes traditions. Ils nient toute repercussion psorique et déclarent que pour eux il n'y a pas une seule observation qui ait sous ce rapport, la moindre valeur.

En 1860, paraît la thèse importante de *Jaccoud*, plaidoyer éloquent en faveur de la théorie humorale des néphrites. Il croit à l'influence des lésions cutanées sur l'appareil rénal. La production régulière des urines exige une série de conditions parmi laquelle il place le bon fonctionnement de la peau.

Delafond et *Bourguignon* dans leur traité sur la gale de l'homme et des animaux paru en 1862 ne s'occupent pas de la question.

Monneret se montre très sceptique ; « On a dit que le rein est le vicaire de la peau, que la suppression de la sueur le contraint à un surcroît d'activité. Tout est hypothèse ».

Les principaux dermatologistes modernes s'accordent pour rejeter absolument toute idée de repercussion psorique et d'une façon générale toute influence

des dermatoses sur les organes splanchniques et spécialement sur le rein. Kaposi fait exception. Dans son traité des maladies de la peau 1881, il dit que certaines affections comme le prurigo, l'eczéma, le lupus, la gale peuvent se compliquer d'albuminurie et même de mal de Bright.

Bazin, dans le nouveau dictionnaire des Sciences médicales (article gale) 1880, traite de légendes l'histoire des métastases et répercussions psoriques. Dans son article « Dermatoses » 1882, il déclare qu'il serait absurde de conclure de l'état physiologique à l'état pathologique et de croire que les affections des voies urinaires doivent avoir des relations étroites avec celles de la peau.

Hardy n'admet lui aussi pas de répercussion dans la gale.

Duncan Buckley signalant les rapports qui existent entre le tégument externe et la peau ne parle pas de la gale.

Feinberg et Wolkenstein cherchent à démontrer expérimentalement le rôle de l'irritation de la peau dans la production de l'albuminurie. Ils expérimentent sur des animaux, les lapins. Sur une partie de la peau dénudée ils font agir certains agents médicamenteux, tels que la teinture d'iode, l'onguent napolitain, l'huile de coton, le pétrole. Feinberg conclut de ses expériences que la production d'albumine est due à un réflexe vasomoteur déterminé par l'excitation des nerfs sensibles périphériques.

A dater de ce moment les auteurs semblent convaincus de ce fait que l'albumine dans les urines des

galeux n'apparaît que sous l'influence des médicaments irritants par la peau. Nous assistons à une véritable éclosion d'observations relatant la présence de l'albumine au cours du traitement de la gale. Rares sont les substances non capables de donner cette complication ou du moins rares sont les médicaments non incriminés.

Lassar en 1878 communique un cas dans lequel une friction au pétrole détermina la mort d'un galeux.

A la suite de cette friction il y eut albuminurie massive; anasarque et la malade mourut en quelques mois de néphrite aiguë.

Unna examinant les urines de cent-vingt-quatre galeux traités par des frictions au styrax constata que neuf devinrent albuminuriques.

Litten constate de l'albumine chez un peintre âgé de 24 ans traité au baume du Pérou.

Kemhadjian Mihran examine quarante-huit galeux traités au savon noir et à la pommade d'Helmerich. Chez trente d'entre eux il trouve de l'albumine dans les urines. Deux d'entre eux étaient albuminuriques avant toute friction. N'importe, ils figurent au nombre de ceux qui démontrent l'influence des frictions sur la production d'albumine.

Henoch trouve de l'albumine chez deux enfants traités au baume du Pérou.

Lesser incrimine le naphthol préconisé par Kaposi dans le traitement de la gale.

Boyer dans sa thèse réagit contre cette opinion. Pour lui l'albumine au cours de la gale est due à l'affection elle-même et non au traitement.

A l'appui de son opinion, il rapporte onze cas de gale s'étant compliqués d'albuminurie, indépendamment de tout traitement.

Mailhetard, en 1875, avait déjà cité un cas de gale qui s'était compliqué brusquement de néphrite et même d'urémie à forme dypnéique, nous citons plus loin cette observation.

Scheube partage la même opinion. Il a trouvé dix-sept fois de l'albumine sur treize cents galeux examinés au Japon. Dans deux des cas examinés il y eut même néphrite. La mort s'en suivit dans les deux cas.

A une époque plus rapprochée de nous, *Spiegler* prétendit qu'il trouvait de l'albumine dans toutes les urines de galeux et cela grâce à un réactif dont la sensibilité dépassait de beaucoup celle des réactifs connus jusqu'à lui.

Hübner en 1904 ayant fait des recherches avec ce même réactif arriva à des résultats identiques. Il en conclut que dans ces cas il s'agit d'albuminurie physiologique.

Possner montre le bien fondé de ces observations. Pour lui en effet chaque fois que l'albumine est en quantité suffisante pour pouvoir être décelée par les réactifs ordinaires, il y a une lésion des reins. Dans les cas au contraire où elle existe à l'état de traces infinitésimales dans les urines et exige pour être décelée l'emploi de réactifs spéciaux, il s'agit d'albuminurie physiologique.

Nous allons essayer à notre tour d'apporter notre faible contribution à l'étude de cette complication.

La diversité des opinions émises par les auteurs qui se sont occupés de cette question prouve sa complexité et nous est un garant que notre travail ne sera peut-être pas tout à fait inutile.

Nous allons maintenant présenter au lecteur les nombreux cas d'albuminurie au cours de la gale que nous avons pu recueillir, soit dans les ouvrages déjà parus, soit à la clinique de l'Antiquaille.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION tirée de la thèse de Mailhetard, Paris 1875.

Gale ; Néphrite ; Urémie à forme dyspnéique.

Malade situé au n° 27 de la salle Saint-Jean — Service de M. Hardy, entré le 1^{er} Mai 1874 à l'Hôpital Saint-Louis pour un Ecthyma des mains accompagné de sillons, de démangeaisons, et de tous les Symptômes de la Gale.

Le soir même de son entrée, le malade est pris d'une dyspnée formidable avec accès de suffocation. L'interne de Garde appelé tout aussitôt ne trouve dans les poumons, ni au cœur rien qui puisse occasionner un pareil étouffement. Ignorant donc la cause de cet accident subit il se contente de faire appliquer des ventouses sur la poitrine.

Le lendemain M. Hardy ausculte le cœur et les poumons et n'y trouve rien. Songeant alors à une affection des reins à cause d'un peu de bouffissure et d'œdème des membres in-

férieurs il demande à examiner les urines. Celles-ci sont en très petite quantité et de couleur brune très foncée. Au microscope on y constate la présence de globules sanguins, et l'acide nitrique y décèle la présence d'albumine en assez grande quantité. Plus de doute alors, ce malade est atteint d'albuminurie aiguë. On ordonne des ventouses scarifiées à la région lombaire, du tannin à l'intérieur, et le régime lacté.

Sous l'influence de ce traitement l'urine augmente de quantité, l'albumine disparaît ainsi que les étouffements et le malade revient à la santé.

Pendant ce temps la gale pour laquelle le malade était entré, et contre laquelle aucun traitement n'avait été dirigé, sembla disparaître.

L'ecthyma avait guéri sous l'influence de lotions émollientes. Les démangeaisons n'existaient plus et il fut impossible de retrouver un seul sillon. On le voit donc le terrain étant devenu impropre à l'entretien des acares, ceux-ci sont morts ou sont devenus assez chétifs pour ne plus manifester leur présence.

Nous ne voulons seulement retenir de cette observation que l'existence d'albuminurie et même d'accidents urémique au cours d'une gale. Quant à l'assertion de l'auteur relative à la mort des acares parce que le terrain était devenu impropre à leur entretien. Nous lui en laissons la responsabilité.

OBSERVATION tirée de la Thèse de Boyer,

Service de M. Horand.

Gale ; Anasarque ; Albuminurie.

Perrin François, 20, tisseur, entré le 12 octobre 1878 pour une éruption polymorphe, suite de gale, et un œdème ayant de la tendance à se généraliser.

L'éruption s'est montrée au commencement du mois d'août sans causes appréciables. L'œdème s'est montré, il y a environ 4 jours, à la figure. Il avait débuté par les malléoles.

Actuellement sur les mains et les membres inférieurs nombreuses pustules recouvertes d'une croûte jaunâtre plus confluyente à la face dorsale des mains, des doigts et dans les espaces interdigitaux.

Sur le reste du corps papules de prurigo, œdème dur assez accusé au niveau des pieds et des membres inférieurs. La face est bouffie et les paupières notablement œdématisées. Pas de douleurs lombaires.

Comme antécédents on note seulement dans l'enfance quelques engorgements ganglionnaires. Pas de rhumatismes, pas de maladies vénériennes. Rien au cœur. Aux poumons submatité à gauche. Respiration prolongée, quelques râles sibilants.

Foie et Rate normaux.

Appétit conservé, digestions excellentes, selles régulières.

Urines : albumine en assez grande quantité.

Traitement. Cérat soufré, tisane de douce amère et réglisse, perchlorure de fer, seigle ergoté, vin.

Rien de noté jusqu'au 28 octobre date de la guérison de l'éruption et de l'albumine.

OBSERVATION tirée de la Thèse Boyer.

Gale suivie de néphrite aiguë.

A..., âgé de 15 ans, entre le 20 novembre salle Saint-Jean, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Lucien Meynet.

Bonne santé antérieure, pas d'antécédents à noter. Pas de manifestations scrofuleuses dans l'enfance. La première maladie qu'ait fait ce jeune homme est une gale contractée il y a deux mois par le contact d'un camarade galeux avec lequel il couchait. Il est allé réclamer des soins à la consultation gratuite de l'Antiquaille il y a environ un mois. Frictions ordinaires au nombre de 3. La dernière date de huit jours. Le malade croit qu'il a pris froid en revenant de la consultation, mais en lui faisant préciser son récit on arrive

à se rendre compte que le refroidissement est un peu accusé au hasard et n'est pas établi.

Il y a huit jours il voit brusquement survenir de l'œdème des jambes, des pieds, des paupières. L'anasarque n'a fait qu'augmenter jusqu'à ce jour.

Actuellement on constate une bouffissure notable de la face, joues, paupières, et un léger degré d'œdème des membres inférieurs. Pas d'œdèmes aux membres supérieurs ni au tronc. Sur les jambes, les fesses, les membres supérieurs on trouve de nombreuses croûtes impétigineuses qui ont succédé à l'éruption de la gale.

Traces évidentes de papules sur la verge. Quelques vésicules dans les espaces interdigitaux. Pas de prurit, rien au cœur ni aux poumons. Aspect général d'une bonne santé.

Urines. — Précipité très abondant d'albumine.

Traitement. — Potion au perchlorure de fer, lait et bains sulfureux.

1^{er} décembre. — L'éruption a diminué d'intensité, l'albumine est précipitée en grosse quantité.

Même traitement.

8 décembre. — Le malade sort en bon état. La bouffissure de la face et l'œdème des membres supérieurs ont disparu. Dans les urines on trouve encore un léger nuage d'albumine.

OBSERVATION tirée de la Thèse de Royer.

Gale compliquée d'albuminurie.

V..., âgé de 17 ans, cultivateur, entre le 20 mars 1880 pour une affection cutanée généralisée occupant plus spécialement les membres supérieurs et inférieurs. Au niveau du coude gauche on trouve deux plaques rouges recouvertes de croûtes. Sur le bord antérieur de l'aisselle et dans les espaces interdigitaux on trouve des papules disséminées en voie de cicatrisation. Même éruption en voie de cicatrisation aux membres inférieurs. Quelques traces de l'éruption sur la verge. Plaques confluentes aux fesses et au cou.

L'affection a débuté il y a deux mois au coude et de là s'est étendue à tout le corps. Elle s'est accompagnée au début d'un prurit intense. Le malade couche depuis cinq mois avec un enfant de sept ans qui aurait eu, il y a neuf mois, une éruption analogue. Enfin il présente de la bouffissure de la face et de l'œdème des membres inférieurs.

Les urines contiennent de l'albumine.

Dans les antécédents ni scrofule, ni syphilis, ni alcoolisme.

27 mai. — Éruption en voie de guérison. Plus d'albumine.

OBSERVATION tirée de la Thèse de Boyer.

Eczéma des deux avant-pieds ; gale ; albuminurie.

Emile E .., verrier, entre le 30 mai 1873.

Antécédents personnels : Jamais de scrofule, jamais d'adénite ni d'ophtalmie.

Il y a cinq ans éruption généralisée au thorax et aux membres.

Les renseignements sur cette éruption sont vagues. Elle ne persista que cinq jours.

Peu de temps après, apparition sur le dos des deux pieds et des orteils d'une éruption constituée par de petites vésicules remplies d'un liquide jaunâtre.

Depuis cinq ans cette affection persiste.

Il y a un mois, sans cause connue, le malade s'est vu tout à coup enflé. L'œdème a débuté par les joues, les mains, les pieds. En même temps nouvelle éruption semblable à la première. Pas de malaise bien accusé, pas de douleurs lombaires.

Actuellement pas d'amaigrissement, teint pâle, pas d'œdème, légère bouffissure à la face.

L'affection, qui a pour siège le dos des pieds et des orteils, est caractérisée par la rougeur de la peau sans ulcération recouverte de fines lamelles qui se détachent par lambeaux. Intégrité des ongles et de la plante des pieds. Faiblesse générale.

Diagnostic porté. — Eczéma des deux avant-pieds. Gale. Albuminurie considérable.

OBSERVATION tirée de la Thèse de Boyer.

Gale compliquée d'albuminurie ; syphilis.

Jean J..., 27 ans, scieur de long, entre le 25 mai 1880. On trouve sur les membres supérieurs et inférieurs une éruption polymorphe qui a été modifiée par une friction. Elle se présente sous forme de surfaces rouges recouvertes les unes de croûtes jaunâtres, les autres de sang coagulé et entourées d'une collerette épidermique.

Plaques muqueuses du fourreau de la verge. Cicatrice d'un chancre à la partie dorsale. Adénopathie biinguinale. Œdème douloureux des membres inférieurs.

Le malade a la gale depuis un mois et demi. Les jambes œdématisées depuis quinze jours. Urines albumineuses.

Traitement : Lait, jalap, scamonnée, perchlorure de fer.

26 juin. — Guérison affection cutanée. L'albumine existe encore en très faible quantité. Sortie.

BETHEZAT. *Nouveau Montpellier-Médical*, 1893, p. 345.

*Gale pustuleuse et néphrite aiguë
avec accidents urémiques.*

R. A..., 21 ans, tailleur, entre à la clinique dermatologique le 26 janvier 1893.

Antécédents héréditaires sans importance.

Parents morts jeunes sans cause connue. A deux sœurs bien portantes. Lui-même a eu une rougeole bénigne à l'âge de 5 ans. Dans ces derniers temps, a eu quelques douleurs dans les pieds, qui s'étaient enflés légèrement.

Entre dans le service pour une gale contractée en septembre dernier, qu'il n'a soignée qu'avec négligence. N'a suivi aucun traitement régulier.

A son entrée, le malade est couvert de croûtes et de pustules, les démangeaisons sont très vives, surtout le soir.

Le malade, en se frottant, a ulcéré ses pustules et modifié beaucoup le caractère de l'éruption, qui est presque confluyente sur les fesses et les cuisses; on trouve pourtant, dans les plis digito-palmaires et les plis du poignet des sillons et des vésicules caractéristiques.

En présence d'une pareille éruption, on abandonne la médication ordinaire et l'on donne des bains amidonnés, suivis d'applications de poudre de talc et d'acide borique.

Du 27 au 30 janvier, pas de modifications de l'éruption, les phénomènes d'irritation se calment; on continue bains et applications de poudre.

1^{er} février. Légers œdèmes paupières et jambes. A l'auscultation : claquement valves sigmoïdes, léger souffle mitral. Le malade se sent mal à l'aise et se plaint de palpitations. On ordonne le régime lacté et de la poudre de digitale.

Les urines du jour précédent n'ont pas été examinées.

2 février. Gale se modifie. Les pustules se détergent et les démangeaisons sont moins vives. L'œdème augmente, le malade est plus abattu. Suppression traitement gale et digitale. Régime lacté absolu; dans *la soirée*, le malade est très mal, pâle, agité, anxieux; il a de la dyspnée, des palpitations, de l'angoisse précordiale. L'œdème est généralisé, les urines sont hématuriques.

Temp. 39°,6.

Urines quantité... 700 cc. par 24 heures.

Albumine.. 7 gr. par litre.

Urée..... 10,5 —

3 février. Même état. Dyspnée moins intense.

Temp. 37°,5.

Facies toujours pâle et anxieux. A l'auscultation, des intermittences cardiaques; hématurie persiste.

Urines quantité..... 900 cc.

Albumine..... 6 gr. par litre.

Urée 11 gr. —

Temp. 39°,5.

On prescrit une potion avec digitale et perchlorure de fer.

4 février. État général meilleur. Dyspnée presque disparue, palpitations très faibles. Urines légèrement teintées.

Urines quantité.....	1,300 cc.
Albumine.....	2,50 gr.
Urée.....	7,00

Temp. matin 38°,5.

— soir 39°.

Même traitement.

5 février. Sans qu'aucun symptôme puisse le faire prévoir le malade, à 7 heures du matin, a une forte attaque d'urémie à forme convulsive; jusqu'à 9 heures du matin, quatre autres attaques consécutives; on fait une saignée de 250 grammes, et l'on prescrit une potion avec 3 grammes de chloral.

Urines quantité.....	1,300 cc.
Albumine.....	2,50 gr.
Urée.....	7,50 gr.

Temp. 37°,5.

Dans l'après-midi, quatre nouvelles attaques beaucoup moins violentes que les premières.

Temp. 37°,4.

5 février. Amélioration très grande. Toutefois, l'œdème et le souffle mitral persistent. Le malade est encore hébété; il se rend compte qu'il a été très mal hier et qu'il va beaucoup mieux aujourd'hui.

Urines quantité.....	1,200 cc.
Albumine.....	2,50 gr.
Urée.....	40 gr. par litre.

Temp. matin 36°,6.

— soir 37°,8.

7 février. Amélioration continue. Temp. normale.

Urines quantité.....	2,800 cc.
Albumine.....	1 gr.
Urée.....	19 gr.

8 février. Gale presque guérie ; pustules séchées ; croûtes tombées ; démangeaisons nulles.

Même traitement que précédemment.

Du 1^{er} février au 1^{er} mars. Albumine varie de 0 gr. 40 à 1 gramme. Gale guérie. Le malade a quelques vésicules aux mains, qui ne paraissent pas ressortir de la gale.

Réellement il y a eu néphrite. Il y a eu température hématurie. Les urines contenaient des cylindres, des cellules épithéliales.

Trois hypothèses : 1° néphrite due à l'irritation nerveuse périphérique, au niveau des ulcérations cutanées qui ont agi sur le rein par voie réflexe ; 2° irritation produite par les produits qui normalement s'éliminent par la peau et qui ont dû passer par le rein ; 3° infection primitive par des microbes spécifiques. La recherche n'a pas été faite dans les urines.

OBSERVATION I, service de M. Nicolas.

Gale pustuleuse et albuminurie.

B. P..., âgé de 24 ans, entre à l'hôpital le 24 janvier 1907.

Comme antécédent rien à signaler :

Il y a deux mois l'affection a débuté par des démangeaisons qui ont déterminé du grattage et une éruption de pustules généralisée, surtout marquée sur la face dorsale des mains et des poignets et dans les espaces interdigitaux.

On trouve en-même temps que les pustules quelques vésicules et deux ou trois sillons.

L'éruption est aussi très marquée aux aisselles.

Il y a quelques lésions sur la verge.

On trouve l'acare dans les sillons interdigitaux.

L'examen des urines montre un gros disque d'albumine.

25 janvier 1907. — L'examen des urines, pratiqué à nouveau ce matin, montre un disque nuageux très mince d'albumine. La chaleur donne les mêmes résultats.

L'albuminurie a donc diminué spontanément sous l'influence du repos. Le malade n'a suivi encore aucun traitement.

Le centrifugeur n'étant pas encore en état, on examine seulement les urines le 28. Pas de cylindres.

L'albuminurie a disparu.

Les lésions de la gale diminuent notablement.

29 janv. Pas d'albumine.

31 janv. Idem.

6 février. Le malade a subi une frotte hier à deux heures. Les urines de 6 heures du soir et celles de ce matin ne contiennent aucune trace d'albumine.

OBSERVATION II, service de M. Nicolas.

Gale généralisée. Albuminurie.

C. M..., âgée de 18 ans, entre dans le service le 13 avril 1907 pour gale. L'examen des urines avec acide azotique est positif. On trouve un disque net d'albumine.

Par la chaleur, on a également un précipité insoluble dans l'acide acétique.

16 avril. Par les mêmes méthodes on ne trouve plus d'albumine.

17 avril. Mêmes résultats.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas d'antécédents personnels. Jamais de maladie infectieuse, ni fièvre typhoïde, ni scarlatine, ni variole.

Elle est ménagère. Elle ne manie aucun produit susceptible d'amener une intoxication quelconque. Pas de syphilis avouée. Aucun des petits signes du brightisme. Pas de bruit de galop, ni d'hypertrophie cardiaque. Un peu d'hypertension artérielle. Le pouls bat à 80. Pas d'œdème, pas de pollakiurie.

OBSERVATION III, service de M. Nicolas.

Gale pustuleuse et eczématisée avec poussée de néphrite aiguë ayant guéri en même temps que l'eczématisation ; endocardite ; insuffisance mitrale.

V..., âgé de 34 ans, entre à l'hôpital le 31 janvier 1906.

Antécédents héréditaires. Père et mère bien portants. Un

frère mort en bas âge d'affection indéterminée, un frère vivant, bien portant.

Antécédents personnels. Ne croit pas avoir eu de rougeole ni de scarlatine. Aucune maladie dans l'enfance. Dans son adolescence, à l'âge de 15 ans, après un bain froid, le malade eut les jambes enflées dans leur totalité pendant une huitaine de jours ; œdème blanc non inflammatoire, en même temps douleurs généralisées, mais plus marquées aux membres inférieurs sans prédominance aux articulations.

A fait son service militaire (trois ans) et n'a jamais été malade. Ensuite a exercé plusieurs professions. Il a travaillé dans une féculerie constamment exposé à l'humidité, puis a exercé le métier de voiturier. A ce moment on relève de l'éthylisme (deux litres de vin, quelques petits verres). Jamais de blennorragie, de syphilis, de chancre mou.

Bonne santé habituelle. Il y a deux mois, il contracta une affection cutanée prurigineuse sans aucun élément éruptif au début.

Cette affection fut diagnostiquée gale par deux médecins de Villefranche.

Traitement assez intense ; bains sulfureux et pommade jaune qui semble avoir été de la pommade d'Helmerich. A la suite de cette application, eczémisation des lésions situées au lieu d'élection, surtout aux avant-bras. Le malade a continué à se gratter longtemps, à la suite de l'application de cette pommade antigaleuse. Cependant il semble que les dernières frictions aient été faites avec du glycérolé d'amidon.

Un mois et demi environ après le début de ce traitement le malade s'est senti très fatigué, ses jambes ont enflé et il a eu de l'oppression.

Le 31 janvier il se présente à la clinique pour lésions de grattage eczématisées, mais c'est son état général qui attire surtout l'attention et le fait admettre d'urgence.

10 janvier. Le malade a le visage pâle, la face bouffie, les paupières gonflées, œdème blanc des membres inférieurs remontant jusqu'au-dessus des genoux ; œdème des mem-

bres supérieurs. Pas de douleurs. Aucun des petits signes du brigisme. Malade très essoufflé.

Le nombre des respirations est 36 par minute.

Aux poumons pas de signes d'épanchement. Quelques signes d'œdème aux bases.

Cœur. La pointe bat dans l'espace sur la ligne mamelonnaire, pas de frémissement.

Souffle systolique intense à la pointe se propage du côté de l'aisselle. Pas de souffle de la base ni des orifices artériels.

Cœur régulier, rapide.

Pouls. Un peu hypertendu non arythmique, rapide 110.

Urines peu abondantes, très brunes, sales, disque d'albumine marqué.

En plus le malade présente des lésions de grattage, pustuleuses, infectées. Dans les espaces interdigitaux. Eczématisation des éléments à la face postérieure des avant-bras, aux aisselles, cuisses et mollets. Quelques éléments ont une tendance ecthymateuse.

De plus le malade présente des altérations unguéales datant de 5 à 8 mois. Ces altérations siègent sur tous les ongles des pieds et des mains. Ils sont déformés et détruits. La partie de la racine semble à peu près saine. Le corps est très épais, écailleux s'effrite et disparaît.

10 février. Les urines sont moins foncées, moins rouges, moins épaisses, un peu plus abondantes avec un bloc d'albumine moins massif, rosé à sa partie inférieure.

27 février. Malgré l'amélioration de l'état général, la diminution considérable de l'albumine, l'absence de dilatation cardiaque, le souffle systolique de la pointe est toujours très fort presque piaulant. Il ne se propage pas dans le dos, il débute avec la systole, augmente d'intensité pendant la mésosystole, puis va en décroissant jusqu'à la diastole. Il ne se modifie pas par la respiration forcée.

20 Mars. Urines claires et sans albumine. A l'entrée on avait examiné le dépôt des urines. On avait trouvé des globules rouges en petite quantité, un grand nombre de cellules granuleuses isolées que nous ne considérons pas

comme des globules de pus, mais comme des cellules épithéliales desquamées par le fait d'une prolifération très active. On y trouvait également des cylindres épithéliaux et des cylindres granuleux. D'ailleurs les urines étaient rares très foncées (bouillon de bœuf) et présentaient un gros disque d'albumine.

Cœur. La pointe bat dans le IV^e espace, sous le mamelon. Il y a 60 pulsations à la minute. Le souffle systolique de la pointe persiste toujours avec les mêmes caractères.

L'éruption cutanée pustuleuse eczémateuse après que disparu. Il reste seulement quelques papules. Le malade a encore du prurit nocturne. On ne trouve pas de sillons dans les sillons interdigitaux mais quelques rares petites vésicules. Dans l'une d'elles on trouve un acare, pour éviter les inconvénients du côté du rein pouvant résulter d'une frotte avec la pommade d'Helmerich on se sert d'une pommade au Styrax.

1^{er} Mai. Albuminurie disparu. Gale guérie, souffle systolique de la pointe persiste.

OBSERVATION IV, service de M. Nicolas.

Gale ; Albuminurie ; Ethylisme.

C. C..., âgé de 27 ans, entre à l'Hôpital le 9 juillet 1907. Il y a environ 1 mois que le malade éprouve des démangeaisons surtout marquées le soir et la nuit. Gale typique.

Antécédents héréditaires. Père mort d'un ictus apoplectique, mère vivante, une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. A eu la fièvre typhoïde à 12 ans. A la suite de cette affection n'a jamais rien ressenti de particulier.

Il ne se souvient pas d'avoir eu d'autres maladies. En particulier il n'a pas eu de scarlatine. Il a eu la blennorragie il y a 2 ans. A 16 il a eu une orchite ; actuellement goutte militaire non constante. Pas d'autres maladies. Bonne santé habituelle.

Ethylisme certain, le malade boit 2 litres de vin par jour. Un peu d'absinthisme.

Le malade se présente à la consultation avec une éruption prurigineuse datant d'un mois. Dans un des boutons on trouve un acare.

Les Urines traitées par l'acide azotique donnent un léger disque d'*albumine*.

Les lésions de gale ne comportent aucun élément pustuleux. Elles sont particulièrement marquées aux mains, aux fesses, à la verge et sur les bras.

Sur les avant-bras on voit des petits placards rouges avec quelques points excoriés, et dus à l'application d'essence minérale que s'est faite le malade dans le but d'apaiser ses démangeaisons.

Examen somatique :

Cœur. Pointe bat dans le 5^{me} espace en dedans de la ligne mamelonnaire ; A la pointe et dans la région mésocardiaque on trouve une ébauche de bruit de galop ; Pas de souffles orificiels, palpitations assez fréquentes, et un peu de dyspnée d'effort.

Poumons. Rien à signaler.

Tube digestif. Foie paraît normal à la percussion. Digestions normales. Pas d'œdèmes des jambes, quelques crampes dans les mollets. Pas de vertiges, pas de troubles visuels, pas de signes de sclérose artérielle.

OBSERVATION V, service de M. Nicolas.

Gale ; albuminurie ; syphilis.

T..., 19 ans, entre à la clinique le 6 novembre 1907. Il est atteint d'une éruption prurigineuse et d'ulcération à la verge. Le prurit a débuté il y a un mois. Il est surtout nocturne.

Les ulcérations de la verge ont également débuté il y a un mois, en même temps que la gale.

Le sujet nie formellement avoir eu des rapports avec une

femme. Mais il a couché avec deux camarades qu'il croyait indemnes de toute affection vénérienne.

Actuellement lésions de grattage sur presque tout le tégument externe, mais surtout marquées à la face interne des cuisses et des bras. Sur les mains, au niveau des espaces interdigitaux, on trouve quelques sillons peu nombreux, le sujet ayant l'habitude de se laver les mains. Néanmoins on trouve plusieurs acares.

Sur la verge deux ulcérations, l'une sur le méat, l'autre sur la face latérale droite du gland. Ces deux ulcérations sont superficielles, reposant sur une base légèrement indurée, indolente.

Pléiade ganglionnaire inguinale, unilatérale, ganglions petits à droite, durs, roulant sous le doigt. A gauche, ganglions plus volumineux.

Pas d'accidents secondaires.

Les urines contiennent de l'albumine.

Le 7 novembre 1907. — Les urines ne contiennent plus d'albumine. Le malade a eu une frotte hier.

OBSERVATION VI, service de M. Nicolas.

Gale généralisée ; pustuleuse ; albuminurie ; Ethylisme antérieur et pleurésie l'an dernier.

G. Alexandre, âgé de 37 ans, se présente à la consultation le 17 septembre 1907 pour une éruption prurigineuse.

Père mort de pneumonie ; mère morte de suites de couches ; un frère mort en bas âge ; deux sœurs en bonne santé.

Personnellement le malade a eu jusqu'à l'an dernier une bonne santé. C'est à peine s'il a souvenance de quelques points de côté passagers. A cinq ans une brûlure lui mutila la main gauche. L'an dernier il eut une pleurésie à gauche qui dura un mois ; il fut soigné à Vichy. Il eut également un abcès de la marge de l'anus et une fistule consécutive aujourd'hui guérie. Pas de maladie vénérienne antérieure. Alcoolisme très accusé (cinq à six absinthes par jour, deux ou trois litres de vin).

Depuis sa pleurésie, plus d'excès de boisson. Il a eu des vertiges et des troubles visuels en rapport avec son éthy-
lisme. On ne note à l'heure actuelle qu'un peu de tremble-
ment.

Examen somatique :

Poumons. — Respiration normale des deux côtés. Pas de râles.

Cœur. — Rythme normal; bruits bien frappés, pas de souffles.

Appareil digestif. — Rien de particulier.

Foie. — Paraît normal et n'est pas douloureux.

Rien à la palpation de l'abdomen.

Pas d'œdème des jambes.

Système nerveux. — Rien à signaler.

L'Eruption cutanée est généralement discrète; sur le tronc elle se compose de papules excoriées ou non, de gale typique avec ses localisations habituelles (aisselle, verge, abdomen).

Sur les membres les éléments prennent beaucoup plus souvent le type pustuleux, notamment à la face antérieure des cuisses et des jambes, vers les coudes et vers les doigts.

Les urines examinées à l'entrée du malade donnent avec acide azotique un gros précipité d'albumine.

Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, immédiatement après une frotte, les urines présentent encore un gros disque d'albumine.

22 septembre. — Les urines contiennent encore de l'albumine, mais sa quantité diminue en même temps que s'atténuent les lésions de la gale, et aujourd'hui il ne s'agit plus d'un précipité massif, mais d'un léger nuage d'albumine.

Aucun régime spécial.

1^{er} octobre. — L'albumine continue à diminuer. Disque très léger par acide azotique.

Le malade a eu une hémoptysie il y a deux jours. A l'auscultation le sommet gauche présente de l'obscurité respiratoire avec expiration soufflante. Pas de râles.

A droite la respiration paraît normale.

4 octobre. — On ne trouve plus d'albumine.

OBSERVATION VII, service de M. Nicolas,

Gale ; Albuminurie ; Blennorragie ; Chancres indurés.

D. A..., âgé de 30 ans, entre dans le service le 12 janvier 1907.

Père et mère morts âgés, d'affection indéterminée ; un frère et une sœur bien portants.

Personnellement, jamais de maladies graves antérieures. Pas d'éthylisme.

Dernier coït il y a quinze jours. Avant-dernier il y a trois semaines.

Depuis dix jours le malade se plaint de violentes démangeaisons sur tout le corps, et d'éruption généralisée de petits boutons. — Démangeaisons surtout nocturnes. Acares constatés.

Dans les espaces interdigitaux il y a des sillons. On trouve des papules et des lésions de grattage aux lieux d'élection : aisselles, verge, scrotum, fesses, face antérieure des poignets. En définitive, gale typique.

D'autre part, cinq à six jours après le dernier coït apparurent une sensation de cuisson au méat, des douleurs à la miction et un écoulement purulent indiquant nettement l'existence d'une *blennorragie*.

Quelques jours avant le dernier coït avait déjà apparu sur le fourreau de la verge un petit bouton papuleux qui devint érosif, suintant, croûteux et de la dimension d'une pièce de 1 franc.

La palpation révèle une induration manifeste. Pléiade ganglionnaire bilatérale.

Les urines du malade examinées une première fois par M. Jambon, montraient par la chaleur et l'acide acétique un *précipité nuageux d'albumine*.

Un deuxième examen pratiqué le 14 janvier, jour de l'entrée, par la chaleur, puis par acide azotique, montre qu'il n'y a plus d'albumine.

OBSERVATION VIII, service de M. Nicolas.

Gale pustuleuse ; Albuminurie.

G. M..., 15 ans, entre à l'hôpital le 26 décembre 1906.

Père mort d'accident. Mère morte suites de couches.

Un frère et une sœur en bonne santé.

Personnellement, pas de maladies antérieures.

Il entre dans le service pour une gale pustuleuse généralisée, ayant débuté il y a quatre mois par des démangeaisons et une éruption ordinaire. La pustulisation n'est apparue que depuis cinq à six jours et est surtout marquée aux extrémités des membres supérieurs.

Bon état général. Appétit conservé, digestion normale.

Pas d'œdèmes des jambes.

Pas d'autres symptômes à noter.

Rien au cœur. Rien aux poumons.

Les urines, examinées avec acide azotique, donnent un léger disque d'albumine.

Par la chaleur et l'acide azotique on a également un léger trouble.

Examen des urines centrifugées. Pas de cylindres, quelques cellules épithéliales.

8 Janvier 1907. — Les urines examinées à nouveau avec acide azotique, donnent un précipité considérable d'albumine, tandis qu'à l'entrée le précipité était très faible.

9 Janvier. — Examen des urines centrifugées. Pas de cylindres. Quelques cellules épithéliales sur la nature desquelles on n'est pas fixé.

12 Janvier. — Gros disque d'albumine.

18 Janvier. — Gale est en bonne voie de guérison, plus d'albumine.

OBSERVATION IX, service de M. Nicolas.

*Gale ; albuminurie ; œdème ; néphrite ; bronchite
albuminurique.*

G..., âgé de 35 ans, cultivateur, entre dans le service le 20 août 1906 pour lésions de gale généralisées. Mais on s'aperçoit qu'il présente de l'œdème des jambes.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie de cœur ;

Mère morte à 45 ans de bronchite chronique ; 9 enfants :

1^{er} Mort à 28 ans d'une tumeur abdominale ;

2^e Fille morte à 14 ans, tuberculose pulmonaire ;

3^e Garçon mort au régiment d'une bronchite ;

4^e Fille morte à 31 ans d'une maladie de cœur ;

5^e Garçon de 38 ans, vivant et bien portant ;

6^e Garçon de 36 ans, — — — — —

7^e Fille bien portante ;

8^e — — — — —

9^e Le malade qui fait le sujet de cette observation.

Antécédents personnels — A eu toujours une bonne santé habituelle. Rien à noter sauf quelques refroidissements. Pas de maladies dans l'enfance.

A fait son service militaire à Tunis. Pas de fièvre paludéenne.

Le malade travaillait avec des camarades qui se grattaient et avaient des boutons. Lui-même commença à en voir paraître il y a une quinzaine de jours. Pas de contaminations nocturnes, affirme-t-il.

Ces boutons commencèrent aux jambes et se généralisèrent bientôt. Le prurit était relativement peu violent et apparaissait au moment du coucher.

Depuis une huitaine de jours le malade s'est aperçu qu'il avait les jambes enflées et qu'il s'affaiblissait progressivement.

Examen somatique. — Il s'agit d'un grand garçon, robuste, bien constitué ; mais on est frappé par son teint pâle

et terreux. L'œdème des membres inférieurs remonte jusqu'à l'abdomen. Il est dur et se laisse difficilement déprimer. Œdème du scrotum et de la verge.

Cœur. — Régulier à 70 pulsations à la minute. Battements normaux. Pas de lésions orificielles. Second bruit un peu éclatant.

Pouls. — Un peu tendu.

Poumons. — Le malade tousse un peu et dans son expectoration on voit au milieu des mucosités bronchiques quelques stries sanglantes. A la percussion rien d'anormal. A l'auscultation on trouve aux deux bases quelques râles d'œdème. Mais on note ceci de particulier. A la partie moyenne du poumon gauche, vers la pointe de l'omoplate et la colonne vertébrale on a un foyer de congestion active. Râles très nombreux, sons crépitants, s'entendant aux deux temps de la respiration. Ronchus et sibilances bronchiques.

Pas de signes d'induration du parenchyme. A droite, rien.

Appareil digestif. — Langue un peu blanche, anorexie, digestions normales.

Le foie dépasse d'un travers de doigt les fausses côtes. La rate ne semble pas augmentée de volume.

Les urines donnent, avec acide azotique, un gros précipité d'albumine.

Pas de polyurie. 1.400 gr. en 24 heures. Réflexes patellaires normaux.

Pas de troubles de la vision.

12 octobre. — Le malade sort de l'hôpital. Il y a encore des traces d'albumine dans les urines.

OBSERVATION VIII, service de M. Nicolas.

Gale et albuminurie.

P..., 32 ans, cartonnier, vient consulter pour une gale contractée il y a environ un mois.

Il a eu une blennorragie il y a six mois. Guérie actuellement. A la même époque, il a eu quelques légères hématuries consistant en l'émission d'une ou deux gouttes de sang à la fin de la miction. Cela dura deux ou trois jours.

Quelque temps après, incontinence diurne d'urine ayant duré un mois.

Pas de maladies infectieuses.

Pas de syphilis avouée, pas de saturnisme.

Les urines traitées par acide azotique donnent un disque très net d'albumine.

La pointe du cœur bat dans le 6^e espace intercostal, un peu en dedans de la ligne mamelonnaire.

Fourmillements dans les doigts, crampes dans les jambes, assez rares. Léger œdème des paupières le matin. Fatigue très prononcée des jambes le soir. Pas de signe de la temporale, pas d'hypertension, pas de signe de la temporale.

OBSERVATION XI, service de M. Nicolas.

Gale et Albuminurie.

L. M..., âgée de 19 ans, vient à la consultation pour une affection prurigineuse survenue il y a un mois et demi. Les démangeaisons sont très vives. La malade a pris un bain sulfureux et le prurit a augmenté. Nous sommes en présence d'une gale avec localisations caractéristiques.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants. Deux frères et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole à dix ans. Pleurésie gauche à treize ans. Réglée à dix-huit ans régulièrement. Pas de maladies vénériennes.

Rien aux poumons.

Rien au cœur.

Par l'acide azotique on décèle des urines une petite quantité d'albumine.

Après une première frotte on ne trouve plus d'albumine.

OBSERVATION XII, service de M. Nicolas.

Gale non pustuleuse, sans lésions de la verge ; Albuminurie.

P..., 24 ans, chaudronnier, entre dans le service le 8 mai 1907.

Antécédents personnels presque nuls. Pas de syphilis. Pas d'éthylisme net. Ce temps en temps quelques céphalées. Ni palpitations ni crampes. Tendance à la pollakiurie. Pas de blennorrhagie antérieure. Quantité des urines variables d'un jour à l'autre.

Gale non pustuleuse. — Pas de lésions de la verge. Les urines sont seulement examinées après le début du *traitement* Elles contiennent de l'albumine en assez grande quantité.

OBSERVATION XIII, service de M. Nicolas.

J. L..., âgé de 5 ans entré à l'Hôpital le 7 décembre 1907. Il est porteur d'une gale survenue il y a déjà 2 mois, pas d'antécédents.

Les urines examinées par acide azotique contiennent de l'albumine.

Dans la même famille il y a encore 4 personnes atteintes de gale avec acares constatés :

Une jeune fille de 12 ans ;

Un garçon de 5 ans ;

Un garçon de 4 ans.

Une fille de 8 ans.

Aucun deux n'est atteint d'*albuminurie*.

OBSERVATION XIV, service de M. Nicolas.

Gale généralisée ; Albuminurie.

R. A..., âgée de 21 ans est porteuse d'une gale généralisée datant de 2 mois.

Acares constatés. La malade est enceinte de 8 mois. La recherche de l'albumine dans les urines par chaleur et acide acétique est positive.

OBSERVATION XV, service de M. Nicolas.

Gale pustuleuse. Albuminurie.

P..., est atteint de gale pustuleuse il y a un mois. Les urines contiennent de l'albumine.

Au bout de 15 jours la gale est guérie ; L'albumine n'existe plus.

CHAPITRE III

Considérations générales

Par la lecture attentive des observations détaillées que nous avons pu réunir sur le sujet, on peut se rendre compte que l'albumine se rencontre au cours de la gale d'une façon assez fréquente qui mérite de retenir l'attention.

Parmi tous les faits observés, ceux de MM. Nicolas et Jambon à la clinique de l'Antiquaille sont les plus instructifs. Le nombre des cas observés n'est pas très élevé, 94 seulement. Néanmoins, nous avons relevé 15 cas où la recherche de l'albumine fut positive ainsi que le prouvent les observations qu'on vient de lire.

Les examens d'urine ont été faits d'une façon systématique dès que le diagnostic de gale avait été

porté, non pas seulement sur l'aspect objectif des lésions, mais aussi la plupart du temps par l'examen microscopique de l'acare extrait du sillon.

Les examens d'urine ont donc été faits avant l'institution d'un traitement quelconque : Dans le cas où on ne constatait pas d'albumine lors de ce premier examen, le malade était renvoyé purement et simplement pour subir le traitement par la frotte. Six fois chez des malades ainsi traités, un nouvel examen d'urine fut pratiqué le lendemain de la frotte pour se rendre compte si cette dernière avait pu déterminer l'apparition d'une albuminurie transitoire : six fois l'examen resta négatif.

Quand le premier examen décelait l'albuminurie, le malade était examiné aussitôt pour rechercher si une maladie antérieure ou concomitante ne pouvait en être la cause, puis on essayait de l'hospitaliser et de l'observer le plus longtemps possible, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte à la lecture de mes pièces justificatives.

Pour l'examen des urines, MM. Nicolas et Jambon se sont toujours servi des mêmes réactifs :

1° Recherche par l'acide azotique; 2° recherche par la chaleur et l'acide acétique.

Avec ces procédés toujours identiques et en se servant de réactifs relativement peu sensibles, du moins grâce auxquels on ne décèle pas de l'albumine dans les urines de gens bien portants. MM. Nicolas et Jambon ont évité de tomber dans l'erreur commise par les auteurs qui recherchent l'albumine

avec des réactifs d'une sensibilité telle qu'ils en découvrent dans toutes les urines.

C'est pourtant avec ces réactifs de sensibilité moyenne habituellement employés en clinique que nous avons pu déceler l'existence d'une albuminurie liée à la gale elle-même et non au traitement ainsi que le croyaient *Kemhadjian Mihran* et un grand nombre d'auteurs allemands.

Kemhadjian Mihran a en effet examiné les urines de 50 galeux traités par le savon noir, a trouvé 6 fois une grosse quantité d'albumine, 10 fois une quantité moyenne, 20 fois une quantité très minime. Il se servait pour cette recherche de réactifs très sensibles.

Wöllner constata qu'après des frictions au savon noir on peut trouver dans les urines du sang, de l'albumine des cellules épithéliales, des glindres fibrineux.

Unna à la clinique de Hambourg examina en 1878 l'urine de 124 galeux qui étaient traités par des frictions au styrax. Au cours de ce traitement 9 des malades furent atteints d'une inflammation des reins.

Pour éviter tout sujet d'erreur, l'urine de chacun de ces malades aurait dû être examinée avant tout traitement. Cet examen fut fait seulement 12 fois.

Les travaux de *Henoch*, de *Lilten*, de *Kaposi* ont trait également à des albuminuries survenues après des frictions au baume du Pérou.

Scheube de même que nous a recherché l'albumine chez les galeux avant tout traitement. Il a examiné

au Japon 1.300 galeux. Il a remarqué 17 fois l'albumine dans les urines. Ce faible pourcentage nous étonne beaucoup. Nous ignorons dans quelles conditions ces examens ont été faits. Aussi nous ne voulons retenir de cette statistique que les 17 cas positifs qui serviront à soutenir nos idées sur la question.

Spiegler a prétendu que toutes les urines de galeux contenaient de l'albumine. Il avait fait cette découverte à l'aide d'un réactif qui d'après lui était infiniment supérieur à tous les réactifs (1) connus jusqu'à ce jour.

Il était sensible au 1/50.000 et même dans une discussion qui eut lieu au deuxième congrès international de dermatologie, il prétendit qu'il était sensible au 1/350.000.

Il en résulterait qu'on pouvait déceler 3 *milligr.* d'albumine par litre d'urine.

Ainsi de très petites quantités d'albumine se trouvent dans les urines qui ne sont pas décelés par les réactifs ordinaires.

Nous ne contestons pas la valeur de ce réactif ni

(1) Voici la formule de ce réactif :

Sublimé corrosif.....	8 parties
Acide tartrique.....	4 —
Eau distillée.....	200 —
Glycérine neutre.....	20 —

On verse dans un tube à essai 1 à 2 centicubes de ce réactif, puis on ajoute l'urine légèrement acidifiée par acide acétique. Au niveau du contact des deux liquides, il apparaît un trouble s'il y a de l'albumine. Ce réactif précipite aussi les *albuminoses*, mais ce dernier précipité est soluble à chaud.

l'importance des recherches qu'on peut faire grâce à lui, mais nous ne pouvons pas homologuer les résultats obtenus par ce procédé avec ceux que l'on obtient par l'acide azotique ou la chaleur, car grâce à ces derniers nous sommes habitués à considérer l'albuminurie comme un état pathologique du lieu que le réactif de Spiegler doit forcément nous amener à la conception d'une albuminurie physiologique dont nous n'avons pas à nous occuper actuellement.

Les observations de *Noorden* tendent aussi à prouver qu'il existe bien une albuminurie physiologique. Il dit que dans la plupart des cas on peut déceler de l'albumine par les moyens cliniques ordinaires.

L'examen minutieux permet d'affirmer l'existence de lésions (minimes) de l'appareil uropoïétique.

Hübner, avec le réactif de Spiegler, a examiné les urines de 50 galeux et a trouvé de l'albumine 47 fois.

La méthode au ferrocyanure de potassium confirma ce résultat seulement deux fois. De cette statistique nous ne voulons retenir que ces deux cas. Les autres pouvant, selon nous, entrer dans le cadre des albuminuries physiologiques.

Le cas de *Bothezat*, dont nous cite l'observation in extenso ainsi que celui de *Mailhetard*, les cinq cas de *Boyer*, relevés dans le service de *Horand* à l'Antiquaille, ceux de *Capitan* de *Kemhadjian* *Mihran* de *Scheube* apportent une contribution importante à notre thèse. En réunissant les observations de ces divers auteurs, nous arrivons à un total de 46 cas certains d'albuminurie au cours de la gale.

Il nous est impossible de faire une statistique

d'ensemble à cause de la variabilité des conditions d'examen.

Mais si nous voulons établir un pourcentage, nous nous en tiendrons aux résultats de MM. Nicolas et Jambon dont la statistique correspond à 16 cas d'albuminurie pour 100 galeux examinés.

Les considérations qui précèdent et les chiffres que nous apportons à leur appui démontrent, croyons-nous, l'existence d'une albuminurie dans la gale survenant au cours de celle-ci, guérissant le plus souvent en même temps qu'elle, mais pouvant lui survivre et évoluer dès lors pour son propre compte, mais qui reste en tous cas étroitement reliée à la présence du parasite et à l'existence de la lésion cutanée, véritable albuminurie scabiéique.

Etudions maintenant cette albuminurie. Sa période d'apparition est variable. On ne peut lui fixer de date précise. Cependant, dans la plupart des cas relevés à la clinique de l'Antiquaille, la gale remontait à un mois, un mois et demi ou deux mois. Il semble donc que l'époque d'apparition du trouble rénal survienne assez longtemps après la contamination du tégument.

D'ailleurs il faut tenir compte, dans la plus large mesure des lésions rénales antérieures ou des altérations générales de l'organisme qui peuvent avoir mis le rein dans un état de prédisposition latente, où la moindre cause sera la goutte d'eau qui fera déborder la coupe, c'est-à-dire qui provoquera le passage de l'albumine à travers le filtre rénal.

Voici donc l'albuminurie constituée. Comment

va-t-elle évoluer ? Ici une grande division s'impose : Ou bien nous avons affaire à une albuminurie transitoire qui va disparaître dès l'institution d'un traitement sérieux ; ou bien l'albuminurie est plus abondante que dans les cas précédents, des symptômes d'insuffisance rénale avec toutes leurs conséquences peuvent apparaître, le tableau de la gale est marqué par l'apparition de symptômes généraux plus graves. C'est à névrite scabiéique.

Dans le premier cas qu'on observe le plus souvent, nous sommes heureux de le constater, les malades ne présentent aucun symptôme particulier. Ils viennent consulter pour leur gale et si la recherche de l'albuminurie n'était pas faite d'une façon systématique, elle passerait inaperçue ; l'albumine, dans ces cas, peut être décelée soit par la chaleur, soit par l'acide azotique. Ce dernier réactif la montre sous forme de léger nuage très net, mais de peu d'épaisseur. Elle reste sans modification tant que la gale n'est pas traitée. Il est arrivé à la clinique de l'Antiquaille que des malades galeux albuminuriques, qu'on voulait hospitaliser, n'ont pu entrer dans le service qu'au bout de deux ou trois jours. A ce moment l'albuminurie n'avait ni augmenté ni diminué.

Après le traitement comme on le fait habituellement à l'Antiquaille, c'est-à-dire bain sulfureux prolongé, friction au savon noir et au gant de crin, de nouveau bain sulfureux, puis friction générale à la pommade d'Helmerich, nous avons toujours vu l'albumine diminuer de quantité, parfois disparaître totalement, en tous cas jamais augmenter. L'examen

des urines était pratiquée d'une façon *constante* dix-sept à vingt heures après la première frotte. Ce résultat est en contradiction formelle avec ceux de Kemhadjian, Mihran de Capitan et des auteurs allemands déjà cités.

Si l'albuminurie ne disparaissait pas dans les vingt-quatre heures qui suivait le traitement, elle était, nous l'avons dit, déjà diminuée. Cette diminution s'accroissait à mesure que les lésions cutanées s'atténuaient et que le prurit devenait moins ardent.

Il ne nous a pas semblé que la fréquence et l'intensité de l'albuminurie soit en rapport avec l'étendue des lésions cutanées, la généralisation de la gale ou l'exacerbation du prurit ; nous avons observé indifféremment l'albuminurie chez des individus porteurs de lésions très confluentes et chez d'autres qui avaient une gale très discrète.

Il ne faut donc pas attacher de signification grave à ce symptôme qu'est l'albuminurie transitoire telle que nous venons de la décrire au cours de la gale.

Le pronostic en est parfaitement bénin et sa constatation ne présente le plus souvent qu'un intérêt scientifique ou doit être considéré comme un avertissement attirant l'attention sur une défaillance possible de l'appareil uropoïétique.

Dans d'autres cas, il n'en est plus ainsi, l'albumine se précipite sous forme d'un gros disque rétractile ; le malade se présente à la consultation avec un facies pâle, un léger degré de bouffissure des paupières, de l'œdème, des malléoles et surtout de l'oppression, enfin tous les signes d'une néphrite en évolution. Il

serait inutile de passer en revue successivement tous les symptômes de ces néphrites de la gale ; elles ne diffèrent pas de celles qu'on peut observer en d'autres circonstances et il ne rentre pas dans le cadre de ce travail de les décrire.

Nous recommandons seulement au lecteur de parcourir notre observation (IX) qui est typique à cet égard ; celle de Bothezat et celle de Boyer.

Il aura ainsi parcouru l'histoire détaillée de trois néphrites scabiéiques, l'une compliquée de néphrite et de bronchite albuminurique, l'autre d'urémie à forme convulsive, la dernière d'anasarque. Et ainsi seront résumées en peu de mots l'évolution et la terminaison de cette dangereuse complication. Nous disons dangereuse et certes à juste titre, car on retrouve dans la littérature deux observations de Scheube où la néphrite prit une allure chronique et se termina par la mort six ou huit mois après.

Le pronostic doit par conséquent être réservé dans tous les cas semblables. Il est subordonné à des lésions antérieures du rein, à l'état général du sujet, à ses habitudes de vie et d'hygiène (surmenage, misère pathologique, éthylisme).

Dans les cas heureux on assiste graduellement à la rétrocession des symptômes sous l'influence d'un traitement associé de la gale et de la néphrite.

Pour la néphrite, repos absolu, régime lacté. Le régime déchloruré, les diurétiques retrouveront leurs indications respectives.

Pour la gale nous croyons qu'il y aurait un gros danger à faire un traitement violent par les moyens

ordinaires. On risquerait de mettre en jeu le réflexe vaso-moteur, d'origine cutanée, dont parle Boyer, on pourrait favoriser l'absorption de médicaments toxiques à travers un épiderme dilacéré et provoquer ainsi une cure d'insuffisance rénale.

Il importe d'agir doucement et sans aucune friction violente. Les onctions répétées avec une pommade ou l'onguent de styrax incorporé à un excipient jouera le rôle de médicament actif, suffiront pour amener une amélioration notable, sinon la complète guérison.

En tous cas, la guérison de la gale, cause première de l'albuminurie, nous paraît indispensable pour venir à bout de cette complication. Nous sommes persuadés par les faits que nous avons pu observer à l'Antiquaille, que c'est le premier but à atteindre.

Et nous tirons argument de ce fait que l'albumine disparaît, en même temps que s'atténuent les lésions cutanées pour affirmer une fois l'existence de ce que nous avons appelé l'albuminurie scabiéique, car ici encore nous trouvons une application de ce vieil adage : « *Naturam morborum curationes ostendunt* ».

CHAPITRE IV

Essai de Pathogénie

Nous avons exposé dans le chapitre précédent notre opinion sur l'existence d'une albuminurie liée à l'évolution de la gale, la marche et les formes cliniques de cette albuminurie : au cours de la discussion qui nous a servi à établir son existence, nous avons plusieurs fois agité les théories mises en avant par certains auteurs pour expliquer d'une autre façon la présence de l'albumine dans les urines des galeux.

Dans un court exposé, nous allons repasser les hypothèses pouvant expliquer cette albuminurie en dehors de la gale elle-même, puis nous essayerons d'établir une relation directe de cause à effet entre cette dermatose parasitaire de l'albuminurie.

En premier lieu on a prétendu que l'albuminurie devait reconnaître pour cause non pas la lésion cutanée produite par le parasite ni le symptôme subjectif qu'il détermine, mais le traitement auquel est soumis le patient on a incriminé surtout le *savon noir* et la pommade d'Helmerich. L'onguent styrax, le baume du Pérou, le pétrole dans un cas de Lassar.

Les travaux de Capitan, de Kemhadjian Mihran, de Wöllner, de Unna pour l'onguent styrax viennent affirmer cette hypothèse et ne prêtent pas à la discussion.

De même *Hénoch* raconte que deux enfants traités au baume du Pérou eurent de l'œdème de la face et des jambes, de l'albumine dans les urines ainsi que des cellules épithéliales et du cylindre. Dans tous les cas, la guérison s'effectua au bout d'une quinzaine de jours.

Litten a également constaté la présence d'albumine dans les urines chez un peintre de 24 ans, et cela chaque fois qu'il y avait une friction au baume de Pérou.

Certes, nous ne nions pas la réalité des constatations de tous ces auteurs, mais ce serait déplacer la question que de vouloir discuter à leur sujet.

En effet, tous nos examens ont porté sur des malades qui n'avaient pas encore été traités dès que le diagnostic de gale était certain.

Nous sommes persuadés que si tous les auteurs qui se sont occupés de cette question avaient fait comme MM. Nicolas et Jambon l'examen systématique des galeux de toute condition qu'ils rencon-

traient dans leur clinique, ils seraient arrivés à des *résultats* sensiblement analogues.

D'autre part, disons en passant, que dans tous les cas d'albumine constatés à l'Antiquaille chez des galeux avant l'institution d'un traitement, un nouvel examen d'urine pratiqué 18 heures environ après la frotte au savon noir et à la pommade d'Helmerich n'a jamais montré une augmentation sensible de l'albuminurie.

Nous concluons donc que l'albuminurie constatée dans les 15 observations que nous avons rapporté est complètement indépendante du traitement suivi.

En deuxième lieu on a prétendu Hübner que hormis les cas de néphrite véritable imputables à d'autres causes, l'albuminurie simple et sans complication rencontrée parfois chez certains galeux était une albuminurie physiologique.

Nous avons déjà examiné au chapitre précédent la valeur de cette théorie, et nous croyons l'avoir victorieusement réfutée. Nous rappellerons ici que les recherches de Spiegler et de Hübner ont été faites à l'aide d'un réactif tellement sensible qu'il arrivait à déceler 3 milligr. d'albumine par litre d'urine, ce qui, on en conviendra, peut se rencontrer aisément chez un sujet sain. Nous ne voulons pas rechercher d'où provient cette albumine, si elle filtre à travers le rein ou si les muqueuses des voies urinaires, la prostate et les glandes de Cooper (chez l'homme) peuvent en déverser de faibles quantités dans l'urine déjà formée.

En tous cas, il est certain que par un examen minutieux on peut trouver des traces d'albumine chez les sujets sains. Les travaux de Leube, de Hwass, de Stone, de De la Celle de Chateaubourg, de Hübner l'ont suffisamment prouvé.

Mais peut-on comparer ces faits avec ceux qui ont été observés à l'Antiquaille. D'un côté des traces infinitésimales d'albumine décelées par des réactifs spéciaux, de l'autre des précipités nets d'albumine obtenus par les réactifs habituellement employés en clinique. D'un côté une albuminurie essentiellement transitoire aussitôt disparue que née, de l'autre une albuminurie durable.

De même Flensbourg a constaté que chez un grand nombre d'hommes sains on trouve de l'albumine après des bains froids; Capitan en a trouvé après des douches froides, d'autres auteurs après des exercices musculaires même très modérés. Ce sont là aussi des types d'albuminurie transitoire disparaissant très peu de temps après leur cause directe.

Ces albuminuries n'ont rien de commun avec l'albuminurie scabiéique, car ces dernières sont permanentes ne présentent aucun paroxysme, et restent de quantité toujours invariable jusqu'an moment où le traitement est institué.

L'albuminurie scabiéique est *donc pathologique et persistante*.

D'ailleurs à l'appui de cette idée nous ne pouvons mieux faire que de reprendre les idées de Boyer. « Capitan et Kemhadjean Mihran voulant prouver l'influence du traitement dans la production de l'albu-

minurie au cours de la gale trouvèrent dans 5 cas de l'albumine avant tout traitement. Ils la rangèrent parmi les cas d'albuminurie physiologique.

« Ainsi donc l'albuminurie produite par un fait pathologique comme l'acare est physiologique. Celle qui suit une simple application électrique est pathologique.

Il semble cependant qu'il répugne moins d'admettre l'albumine dans un cas de gale intense que de croire à l'influence d'une simple douche comme le fait Kemhadjian Mihran. Il raconte en effet qu'il a obtenu un disque très net d'albumine une demi-heure après la douche chez un étudiant en droit, 20 minutes après, chez un licencié en droit, une minute après, chez un ingénieur. La susceptibilité rénale croît donc en raison directe du grade !

En troisième lieu on peut objecter qu'il s'agit d'individus qui souffraient d'une néphrite chronique plus ou moins latente avant que la gale ne soit venue la réveiller.

Cette objection est soutenue par Hübner qui en trouve une de plus dans ce fait que la majorité des galeux appartient à la basse population, à cette catégorie de ceux qui couchent dans des mansardes et qui sont exposés à toutes les influences extérieures nuisibles (refroidissement, humidité, alcoolisme). Toutes causes qui jouent un grand rôle dans la production des néphrites.

Cette idée est soutenable jusque dans une certaine mesure ; si on suppose que la totalité des cas d'albumine scabiéique sont attribuables à une néphrite

antérieure ou à une déchéance quelconque du rein sans rapport avec la gale nous sommes prêt à réfuter cette opinion. Car alors comment expliquer que l'albuminurie soit si intimement liée à la marche de la dermatose et s'atténue en même temps qu'elle ; si au contraire on admet que l'albuminurie des galeux survient chez les individus prédisposés simplement par les maladies antérieures générales telles que l'alcoolisme, l'imprégnation tuberculeuse ou syphilitique, l'artério-sclérose, ou par des altérations locales, infarctus du rein, scarlatine dans l'enfance, etc. Nous sommes disposés à accepter cette manière de voir et comme contribution nous ferons remarquer que dans nos observations (I, II, III, IV) un certain nombre de causes prédisposantes peuvent être invoquées.

Nous croyons donc à la possibilité d'une prédisposition résultant de tares héréditaires ou acquises, affectant l'organisme entier ou seulement le système uropoïétique, mais nous croyons que même dans ces cas où l'action de ces causes adjuvantes est évidente l'action prédominante doit revenir à la gale.

C'est elle qui commande l'apparition de l'albumine. C'est après sa guérison, que l'albuminurie disparaît.

Il nous reste à examiner maintenant par quel mécanisme une lésion rénale minime ou grave peut-être la conséquence d'une dermatose comme la gale. Les explications diverses ont été données par différents auteurs et nous nous faisons un devoir de les reprendre ici en les accompagnant des quelques réflexions que leur lecture nous a suggérées.

Trois théories principales ont été proposées pour expliquer l'albuminurie dans le cours des dermatoses :

1° L'albuminurie est due à la suppression des fonctions cutanées principalement de la transpiration.

2° L'albuminurie résulte des troubles de la circulation rénale engendrés par l'irritation que les lésions cutanées firent subir aux extrémités nerveuses ;

3° L'albuminurie est produite par une néphrite infectieuse consécutive à l'introduction dans le courant sanguin de microorganismes existant au niveau des lésions cutanées.

La première hypothèse s'appuie sur des faits physiologiques et pathologiques. Les reins et la peau sont deux émonctoires de l'organisme. Si l'un d'eux est touché par un phénomène pathologique, l'autre tend à le suppléer comme cela se voit dans l'urémie (augmentation de l'urée dans la sueur). La suppléance des fonctions cutanées par le rein porte à croire que si cet organe présente des troubles à la suite de certaines maladies de peau, cela tient à la suractivité à laquelle il est soumis de par ce fait même.

En physiologie, Fourcault a contribué beaucoup à faire admettre cette hypothèse par ses expériences de vernissage des animaux. On sait que le vernissage complet de la surface cutanée d'un animal amène sa mort à bref délai et que l'autopsie démontre l'existence de lésions rénales assez accusées.

Pareillement on peut penser que la lésion abolissant les fonctions de la peau doivent amener des conséquences analogues et cette idée est vérifiée en principe par l'apparition d'albuminurie chez les porteurs de brûlures étendues.

On a même proposé une semblable explication pour la néphrite consécutive aux fièvres éruptives qui s'étendent à toute la peau et par cela même mettent obstacle à ses fonctions. A cela on peut répondre que l'expérience de Fourcault n'a peut être pas la valeur qu'on a voulu lui attribuer au point de vue de la pathologie humaine. Les lésions rénales que l'on a trouvé chez les animaux vernis ont peut être un rôle dans leur mort, mais elles se présentent au milieu de lésions viscérales diverses qui indiquent une atteinte profonde de l'organisme et non pas seulement du système rénal.

Les expériences de Sénator ont d'ailleurs démontré que le vernissage de grandes surfaces cutanées chez l'homme ne donne pas d'albuminurie.

Si cette hypothèse d'albuminurie résultant de la suppression ou de la diminution des fonctions cutanées était réelle, cette complication devrait principalement s'observer dans les dermatoses généralisées. Or, ceci est en contradiction avec les faits observés en clinique et même pour le sujet qui nous occupe, nous pouvons affirmer que beaucoup de nos galeux à lésions très étendues, très confluentes, ne présentaient pas d'albumine alors que ceux porteurs de lésions discrètes étaient albuminuriques.

Enfin on ne peut pas assimiler l'excitation violente,

la véritable désorganisation produite par une brûlure étendue, au retentissement minime que peut causer une dermatose même généralisée.

Nous ne croyons pas que l'albuminurie dans la gale soit due à la suppression de fonctions cutanées.

II. — *L'albuminurie est-elle due à un réflexe vasomoteur résultant d'une irritation cutanée?*

Les expériences de Wolkenstein ont montré que si on rase chez un lapin une surface cutanée d'une certaine étendue et qu'on fasse agir sur la peau ainsi dénudée certains agents médicamenteux, la quantité d'urine diminue en même temps qu'apparemment de l'albumine des cellules épithéliales et même des cylindres.

Feinberg fit les mêmes constatations.

Dans ces cas, l'albuminurie ainsi produite ne peut pas être attribuée uniquement à l'excitation de la peau, mais au passage des agents médicamenteux à travers le rein produisant une néphrite comparable à la néphrite cantharidienne.

Capitan et Kemhadjian Mihran, élèves de Bouchard, ont prouvé que des excitations cutanées, mêmes légères (frictions, douches, galvanisation, faradisation) pouvaient s'accompagner d'albuminurie transitoire. Jean Boyer a soutenu une théorie analogue. Celle du réflexe vaso-moteur consécutif au prurit développé par une dermatose.

Sa thèse renferme trente observations d'affections

très prurigineuses, dont cinq observations personnelles de gale.

Nous croyons que cette dernière théorie contient une part de vérité. De ce fait que nous avons vu, l'albumine reste de quantité invariable tant que l'affection qui lui avait donné naissance évoluait et au contraire diminuer aussitôt que le traitement était institué et que l'excitation cutanée s'atténuait, nous concluons logiquement, je crois, que l'irritation cutanée causée par la présence de l'acare doit jouer un rôle dans l'apparition de l'albumine dans les urines.

On nous fera observer que nombre de cas d'albuminurie ont été observés chez des galeux porteurs de lésions fort discrètes et chez lesquels le prurit était presque insignifiant, alors que seules des gales à lésions très étendues et provoquant une grosse irritation devraient faire naître cette complication si cette théorie était vraie.

Nous répondrons que la susceptibilité rénale peut varier à l'infini suivant les sujets, que telle lésion minime suffira pour influencer défavorablement un organe, prédisposé héréditairement ou par des lésions antérieures alors que dans d'autres cas des lésions confluentes le laisseront parfaitement indifférent.

III. *S'agit-il d'une néphrite infectieuse ?*

Nous ne pouvons mieux faire que de citer les idées émises par M. Augagneur pour soutenir cette théorie.

Dans les lésions cutanées, dit-il, toutes les fois que l'albuminurie à une certaine persistance il s'agit de plaies ou de suppuration de la peau.

Les affections cutanées productrices par excellence de l'albuminurie sont : l'ecthyma, l'impetigo, la phthiriasse, la gale.

Le mécanisme de ces néphrites est celui qu'imagina Bouchard pour expliquer les néphrites infectieuses. Les micro-organismes septiques sont absorbés au niveau des plaies, passent dans le torrent circulatoire. Ils arrivent au rein, le traversent et le lésent par leur propre passage. Il n'est pas besoin qu'ils se multiplient leur action mécanique est suffisante.

Tant que le foyer producteur de microbes persistera ces éliminations persisteront et entretiendront la néphrite. Si la source d'infection se tarit le rein reviendra à son état normal. La néphrite aura été transitoire, à moins que par le fait de l'intensité de la cause ou de la prédisposition du terrain les lésions ne soient trop profondes. On connaît le passage à l'état chronique de néphrites primitivement infectieuses.

Une expérience de Capitan vient encore confirmer la vraisemblance de cette théorie. L'injection intra-veineuse de levûre de bière chez les animaux provoque une albuminurie durable.

Cette théorie est séduisante et peut parfaitement expliquer l'apparition brusque d'une néphrite ou d'accidents urémiques au cours d'une gale pustuleuse. Dans tous les cas où il y aura des érosions cutanées les micro-organismes résorbés à ce niveau pourront

déterminer au niveau des reins des accidents infectieux, si ces organes par une atteinte antérieure ou par une prédisposition quelconque prêtent plus de prise à leur action.

Mais peut-on expliquer de la même façon les cas d'albuminurie survenant au cours de gales même généralisées mais sans production d'aucune pustule sans aucune érosion de la peau.

Nous ne le croyons pas, et dans ce cas il vaut mieux rattacher l'albuminurie à l'irritation cutanée.

En résumé nous ne croyons pas que l'on puisse attribuer une cause unique à l'albuminurie survenant au cours de la gale.

Dans les cas de gale avec pustulisation et formation du pus, nous rattachons l'albuminurie à l'infection; Hübner partage le même avis. Pour lui, c'est dans de pareils cas qu'il peut y avoir seulement albuminurie ou néphrite.

Dans les cas de gale simple elle est due à l'irritation cutanée.

CONCLUSIONS

I. La gale peut s'accompagner d'albumine.

II. L'albumine ainsi produite peut être essentiellement subordonnée dans son apparition, sa durée et sa disparition à la lésion cutanée qui lui a donné naissance.

III. Elle est pathologique ; elle n'est imputable ni au traitement ni à une simple coïncidence.

IV. Elle ne paraît pas devoir être rattachée à une cause unique. Tantôt c'est l'infection qui provoque son apparition. Tantôt c'est l'irritation cutanée agissant par réflexe.

V. Un certain nombre de causes prédisposantes :
Altérations rénales antérieures, éthylisme, imprégnations syphilitiques ou tuberculeuses peuvent favoriser sa production, mais le rôle prédominant revient à la gale.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. NICOLAS.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 19 novembre 1907.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUGAGMEUR. — Néphrites aiguës infectieuses dans la lymphangite et l'ecthyma. (*Lyon Médical* 1885).
- BAZIN. — Article Gale. Dictionnaire des Sciences médicales 1880.
- — Article Dermatoses. Dictionnaire des Sciences médicales 1882.
- BOYER. — De l'Albuminurie liée aux irritations cutanées. Thèse Lyon 1883.
- BUCKLEY. — The relations of the urine to diseases of the shin. In *Archiv. of dermatologie* 1875.
- CAPITAN. — Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires. Thèse Paris 1883.
- COMPENDIUM. — Articles Anasarque, Néphrite, Reins, Gale, 1836-1846.
- DALMAS. — Article Reins. Dictionnaire de Médecine en 30 volumes, 1843.
- DELAFOND et BOURGUIGNON. — De la Psore ou Gale de l'homme et des animaux, 1862.
- HARDY. — Article Gale. Dictionnaire Jaccoud, 1872.
- HENOCH. — Vorlesungen uber kinderkrankhein, Berlin 1897, S. 615.
- HIPPOCRATE. — Traduction Littré, 1846.
- HUBNER. — Zeitschrift fur klinische medicin 1904. Band, 55.
- JACCOUD. — Albuminurie. Thèse Paris 1866.

- KAPOSI. — Pathologie und therapie der hautkrankheiten. Wien 1899. S. 1033.
- KEMHADJIAN MIRAN. — De l'Albuminure consécutives aux excitations cutanées. Thèse Paris 1882.
- LASSAR. — Ueber den Zusammenhaug zwüischen Hautödem und albuminurie. Wirchow. S. Archiv. Bd. 72.
- LESSER. — Lehrbuch der hautkrankheiten. 1900, S. 360.
- LEUBE. — Wirchow. Archiv. Band. 72.
- LITTEN. — Nephritis nach Einreibung mit Perubalsam. Charité Annal. 1880. Band. 7.
- MAILHETARD. — De la Gale. Thèse Paris 1875.
- VAN NOORDEN. — Berliner klin. Wochenschr. 1886 Und deutsches Archiv. für klin. Méd, XXXVIII.
- PORTAL. — Hydropisies, 1824.
- POSSNER. — Wirchow's Archiv. 114. 1886.
- RAYER. — Traité théorique et pratique des maladies de la peau, 1835.
— — Traité théorique et pratique des maladies du rein, 1839.
- SENATOR. — Archiv. f. Path, Annal. und Phys. Band. LXX.
- SCHEUBE. — Nephritis und hautkrankheiten. Centralblatt. f. Klinische. Med. 1883.
- SPIEGLER. — Ueber die Sogenannte physiologische albuminurie. Wiener med. Blatter. 1894. Wiener klin. Wochenschrift, 1892, n° 2.
— — Bericht ueber die Verhandlümgen herausgegeben von Dr Riehl. Wien. 1893. 3. 624r
- THIBIERGE. — Dermatoses et Albuminurie. Annales de Dermatologie et Syphiligraphie 1885.
- UNNA. — Albuminurie während der styraxeinreibungen krätziger. Wirchow's Archiv. Bd. 74.
- WÖLLNER. — Albuminurie nach Schmiercur mit Grüner seife bei scabies. Archiv, für Dermatologie 1870-2.
-

